

О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ЗАРУБЕЖНЫХ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Заяц В.И., Сильченко А.Б.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. В настоящее время можно выделить 3 основные принципиально отличающиеся системы здравоохранения:

1. преимущественно государственная (например, Великобритания);
2. преимущественно страховая система в европейских странах (например, Германия), некоторых государствах Латинской Америки, Японии;
3. преимущественно частная система (например, США).

На протяжении последних пятидесяти лет все ведущие зарубежные страны прилагают значительные усилия для организационного совершенствования систем здравоохранения, что имеет существенное значение для улучшения показателей здоровья населения.

В Декларации Саммита тысячелетия ООН в 2000 году восемь из 18 задач и восемнадцать из 48 показателей непосредственно касаются вопросов здравоохранения. Правительства многих европейских стран в настоящее время пересматривают свои системы здравоохранения в плане финансирования, организации и обеспечения первичной медико-санитарной помощи.

Цель настоящего исследования. Рассмотреть зарубежный опыт организации систем здравоохранения и возможность его применения в условиях белорусского здравоохранения с учетом государственных гарантий по оказанию медицинской помощи населению и финансовых возможностей государства.

Методы исследования. Были изучены литературные данные белорусских и зарубежных авторов, а также стратегические и тактические задачи ВОЗ по совершенствованию национальных систем здравоохранения.

Результаты и обсуждение. Государственная система здравоохранения развивалась как направление социальной политики государства, что усилило его влияние и контроль над деятельностью медицинских и страховых компаний. Согласно представлениям о социальной справедливости люди должны иметь право на получение минимума медицинской помощи вне зависимости от уровня их дохода, то есть всеобщий доступ населения к службам здравоохранения.

Централизованное финансирование позволяет сдерживать рост стоимости лечения и неизбежно снижает качество медицинских услуг из-за монополии госу-

дарства, отсутствия контроля со стороны потребителей медицинских услуг, возможности выбора врача, лечебного учреждения.

Страховая система основана на принципах солидарности, существует возможность выбора врача, лечебного учреждения, контроля над использованием страховых средств. Финансирование осуществляется из трех источников: страховые взносы предпринимателей, отчисления из заработной платы трудящихся и средства государственного бюджета.

Однако отсутствуют равный доступ к медицинской помощи и ее оплата престарелыми, бедными и инвалидами, оптимальное распределение финансовых средств среди застрахованных. Частная система здравоохранения характеризуется децентрализованностью, высоким развитием инфраструктуры страховых организаций и отсутствием государственного регулирования. Так, страхование здоровья населения в США является частным делом каждого. Несмотря на наличие двух государственных программ, только 46% американцев с низким доходом могут получать пособия в рамках правительственной программы «Медикейд». Большое внимание уделяется изменению места государства в рыночной экономике, передаче полномочий нижним уровням государственного сектора, расширению прав пациентов и возможности выбора, повышению роли общественного здоровья.

В последние два десятилетия все более серьезной проблемой в Европе является рост стоимости медицинского обслуживания. Это обусловлено старением населения, ростом уровня хронических заболеваний и инвалидности, появлением новых методов лечения и медицинских технологий. Проблема усугубляется ограниченностью ресурсов. В случае наступления экономических кризисов размеры государственного финансирования социальной сферы (в том числе и здравоохранения) начинают сокращаться, снижается эффективность использования ресурсов, а требования населения к качеству работы системы здравоохранения продолжают расти.

Для того, чтобы решить проблему недостаточности ресурсов, используются механизмы перераспределения финансовых средств за счет других статей бюджета; повышения налогов или взносов в рамках системы социального страхования; внедрения стандартов и нормативов оказания медицинской помощи; оценки медицинских технологий и распространения научных данных, разработки программ непрерывного повышения качества медицинской помощи.

Государственное регулирование в системе здравоохранения включает, помимо традиционных мер, новые механизмы, ориентированные на рынок. В западных странах считается, что система здравоохранения должна основываться на перераспределении средств от молодых к пожилым, от богатых к бедным, от здоровых к больным. В ряде стран, где роль государства была ведущая, наблюдается децентрализация и делегирование функций региональным органам власти. В других странах, где государство играло менее значительную роль, возрастают его регулирующие функции. Децентрализация считается эффективным способом улучшения медицинского обслуживания, обеспечения оптимального распределения ресурсов.

В это же время не следует децентрализовать мониторинг, оценку и анализ состояния здоровья населения, разработку основополагающих принципов в области здравоохранения, стратегические кадровые решения.

Таким образом, проблема недостаточности ресурсов здравоохранения решается путем сдерживания расходов. Наиболее эффективным способом считается установление предельных уровней кадровых ресурсов.

Спрос на медицинские услуги регулируется путем соучастия граждан в покрытии медицинских расходов, выделения приоритетов, снижения налога на доход для лиц, которые пользуются частной медицинской помощью.

Регулирование предложения медицинских услуг осуществляется путем использования конкуренции, сокращения числа выпускаемых врачей, больничных коек, замена дорогостоящих больничных услуг медицинскими услугами на уровне первичной медико-санитарной помощи. Внедряются рыночные стимулы, вводятся вознаграждения медицинских работников, оптимизируется использование технологий. Также устанавливается контроль за затратами на оплату труда, за расходованием фармацевтических препаратов, устанавливаются предельные уровни расходов для лечебных учреждений.

Большое внимание уделяется экономической эффективности и качеству оказания медицинской помощи. Для этого используются внедрение подушевых нормативов; оптимизация состава и структуры медицинского персонала; разработка клинических протоколов и рекомендаций; внедрение клинического аудита и аккредитация медицинских учреждений.

Считается, что финансирование на основе подушевых нормативов, побуждает учреждения здравоохранения делать все для того, чтобы сохранить здоровье населения. Это означает, что необходимо направить все усилия на поддержание здоровья, на вложение финансовых средств в ранее обнаруженные заболевания, на образование пациента, а не на лечение болезней. Растет понимание системного подхода, который не ограничивается мерами, направленными на улучшение медицинской помощи, но и предполагает решение проблем профилактики болезней, содействия в формировании здорового образа жизни, а также воздействия на социально-экономические детерминанты здоровья.

Ключевой задачей при этом является обеспечение равного доступа к высококачественной и безопасной медицинской помощи для всех слоев населения.

Выводы. Совершенствование систем здравоохранения необходимо для улучшения общественного здоровья. При этом каждая страна опирается на собственные приоритеты и предпочтения.

Под влиянием интеграционных экономических и социальных процессов государственные системы здравоохранения постепенно приобретают сходные характеристики.

Необходимо создать такие системы здравоохранения, которые могли бы отвечать имеющимся потребностям, защищали бы социально уязвимые группы людей.